

University of Groningen

Care of people who are powerless in daily living (PDL care)

van Dijk, Geertruda Christina

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2008

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

van Dijk, G. C. (2008). *Care of people who are powerless in daily living (PDL care): a theoretical approach*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. [s.n.].

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Gearfetting

Yn dit proefskrift is de soarchferliening neffens 'Passiviteiten Dagelijks Leven' (PDL) beskreaun. PDL wurdt wat langer wat mear tapast yn de Nederlânske en Flaamske âldereinsoarch en men ûnderfynt dêrby positive effekten op de kwaliteit fan libjen fan de kliïnt. It slút oan by it hjoeddeistich tinken oer soarch en de ûntjouwingen yn de soarch. Mei PDL wurdt in ynhâldlik op de fraach rjochte antwurd jûn op de soarch-fraach fan kliïnten mei in grutte of folsleine soarchôfhinklikens dêr't gjin genêzing of better wurden mooglik is. Utgangspunt by PDL is it loslitten fan it idee fan genêzing of better wurden yn dy sitewaasjes dêr't dat net yn mooglik is, en him te rjochtsjen op kwaliteit fan libjen, maksimaal gebrûk fan wat immen noch kin, en in sa noflik mooglike soarchferliening.

Oant no ta is PDL ûntwikkele yn de praktyk, it begûn mei sa neamde 'resepteken-nis'. Hjirnei hat de praktyk 'proseduere kennis' foarme: PDL is beskreaun yn pro-sedueres, ûntwikkele troch de soarchferliener sels, beynfloede troch ûnderfiningen fan kliïnten en harsels ûnder de fersoarging. Foar it ûntwikkeljen en ûnderbouwen fan de kwaliteit fan soarch yn relaasje mei de kwaliteit fan libben, is it keppeljen fan de praktyk oan de teory wichtig. Dit proefskrift soarchet foar de follow-up op de prosedueres kennis fan de praktyk mei praktykrjochte ûndersyk. Yn dit proefskrift wurdt wittenskippelijke teorie nei PDL formatteert. Dit proefskrift is rjochte op it wittenskiplik ûnderbouwen fan dy wize fan soarchferliening neffens PDL. De útkom-sten fan dit ûndersyk soene ek brûkt wurde kinne en moatte foar fierder ûndersyk lykas effektûndersyk. Foar wat it sammeljen fan ynformaasje út de praktyk oangiet, hat dit ûndersyk him rjochte op ferpleechhuzen yn Nederlân en grutte âldereinsoarch-ynstellingen yn Flaamsk België, om't PDL dêr op it stuit it meast tapast wurdt.

Oan de hân fan de dêrta formulearre ûndersyksfragen (haadstik 1) wurde yn dizze gearfetting de wichtichste resultaten beskreaun.

Hokker type soarch is PDL?

Mei help fan in wurkmodel wurdt PDL út ferskate perspektiven wei besjoen (haad-stik 2): it soarchperspektyf, it behannelingsperspektyf en it stadium fan stipe troch de soarchferlieners. Wat it nivo fan funksjonearjen en de sûnens fan de pasjint oan-belangat, rjochtet PDL him op kliïnten mei in grutte of folsleine soarchôfhinklikens. De folgjende typearring fan PDL is nei foaren kommen: PDL is in foarm fan op it belibjen rjochte soarch. PDL rjochtet him op kliïnten mei in grutte of folsleine soarchôfhinklikens, en is basearre op in biopsychososjaal model. It giet út fan de winsken en it belibjen fan de kliïnt en hat ta doel stabilisaasje, it omgean mei behei-ningen dêr't gjin better wurden by mooglik is en it maksimaal brûken fan restakti-

viteit. It wurdt dien troch profesjonele soarchferlieners, mei spesifike saakkundigens en feardichheden, dy't foar in part of folslein de selssoarchaktiviteiten fan it deistich libben oernimme fan de kliïnt.

By PDL wurde de soarchsitewaasjes dêr't de selssoarchaktiviteiten yn plakfine beskreaun as 'PDL-faktoaren', te witten: lizzen, sitten, wosken wurde, klaaid wurde, ferskjinne wurde, ferpleatst wurde en iten jûn wurde.

Wat is de hjoeddeiske tapassing fan PDL?

De hjoeddeiske tapassing fan PDL is ûndersocht troch twa enkêtes by âldereinsoarchynstellingen yn Nederlân en Flaamsk België (haadstik 3). Dêr is út nei foaren kommen dat de bekendheid respektivelik it brûken fan PDL ûnder de respondinten grut is, en PDL tapast wurdt sawol by minsken yn 'e bernskens as by minsken mei in groanysk somatyske oandwaning. Der is sprake fan strukturearre, op it belibjen rjochte soarchferliening troch meardere dissiplines dy't multydisziplinêr gearwurkje. Der is altyd in fersoargjende of in ferpleechkundige belutsen by it tapassen fan PDL; der is altyd in fysioterapeut of in ergoterapeut belutsen, meastentiids sels allebeide. Fakentiden is de famylje ek belutsen, it giet dêrby benammen om foarljochting en ynformaasje, dêrnêst giet it ek om tastimming foar it tapassen fan PDL, belutsenens by it soarchplan, ynstruksje en advys en belutsenens by brûkte materialen en ynrjochting fan de romte dêr't de kliïnt is. By de kliïnt sels giet it nêst dy items benammen ek om it freegjen nei belibjen. Yn 93,2% fan de ynstellingen (N=74) wurde de ôfspraken oer PDL fêstlein yn it soarchplan fan de yndividuele kliïnt. Yn 84% fan de ynstellingen (N=74) wurdt PDL tapast yn alle sân beskreaune soarchsitewaasjes dêr't soarch yn ferliend wurdt. Der binne opliedingsprogramma's ûntwikkele yn gearwurking mei opliedingsynstituten. De troch meiwurkers ûnderfûne mearwearde fan PDL giet ûnder oaren om it wolwêzen en it better fielen fan de kliïnt, de relaasje tusken famylje en meiwurkers en it wurkplezier fan de meiwurkers sels.

Wat binne de karakteristike eigenskippen fan PDL en wat is in passende definysje fan PDL?

Mei help fan de metoade fan Walker en Avant is PDL analysearre (haadstik 4). De neikommende karakteristike eigenskippen fan PDL, relatearre oan de soarch dy't op it belibjen rjochte is, binne formulearre:

- Rjochte op it yndividu.
- Belibjen en wolwêzen fan de yndividuele kliïnt binne de grûnslach fan de soarchferliening.
- De ynteraksje tusken de soarchferliener en de kliïnt is fan belang. De soarchferliener begjint foarsichtich in dialooch mei de kliïnt, rekken hâldend mei har/syn mooglikheden en belibjen en skept in rêstige sfear.
- Systematyske oanpak fan it primêre proses, wêrby't om de kontinuïteit yn soarch tocht wurdt en befoardere.
- De soarch is rjochte op it fysike, psychyske en sosjale funksjonearjen fan de kliïnt.

Dêrnêst binne karakteristike eigenskippen, spesifyk foar PDL formulearre:

- Rjochte op kliïnten mei bliuwende selsoarchtekoarten.
- It akseptearjen fan de passiviteit fan de kliïnt, mei selsoarchtekoarten, as dy ûnomkearber binne, restaktiviteit wurdt maksimaal benutte en as dat nedich is wurdt selsoarch oernommen.
- Rjochte op soarchsitewaasjes fan it deistich libben, dy't ûnderferdielt binne yn: lizzen, sitten, wosken wurde, ferskjinne wurde, klaaid wurde, ferpleatst wurde en iten jûn wurde.
- Spesjale maatregels, foarsjenningen en hannelingen wurde brûkt.
- De wurkwize wurdt per kliïnt per soarchsitewaasje beskreaun en fêstlein yn maatregels, foarsjenningen en hannelingen, dy't yn ûnderskate soarchsitewaasjes weromkeare, oanpast oan de spesifike soarchsitewaasje en oan de spesifike kliïnt.
- It doel fan PDL is de soarchsitewaasje sa noflik mooglik wêze te litten foar sawol de kliïnt as de soarchferliener
- PDL brûkt in ynterdissiplinêre en multydisissiplinêre oanpak; ferpleechkundige en de paramedyske wurkwiizen en saakkundichheden wurde yn de soarchaktiviteiten dy't troch de fersoargjende dien wurde ynbrocht
- Safolle mooglik soarchferliening op in ien-op-ien grûnslach, primary nursing neamd.

De by de konseptanalize fûne spesifike skaaimerken fan PDL binne hifke mei in rieplachtsjen fan saakkundigen neffens de Delphi-metodyk (haadstik 5). De konseptanalize en it dêropfolgjende Delphi-ûndersyk hawwe laat ta de neikommende definysje fan PDL:

PDL is in foarm fan op it belibjen rjochte soarch, rjochte op deistige soarch, foar kliïnten mei yrrereversibele selsoarchtekoarten en dêrtroch in grutte bliuwende soarchôfhinklikens. It belibjen en wolwêzen fan de kliïnt binne de grûnslach foar soarch, coping mei de – foar in part – passiviteit fan de kliïnt, en de fysike, psychyske en sosjale aspekten dy't dêrmei gearhingje. De spesifike maatregels, foarsjenningen en hannelingen dy't yn in strukturrearre multydisissiplinêre oanpak brûkt wurde, wurde beskreaun. De soarch wurdt jûn op in ien-op-ien grûnslach en rjochtet him op in sa lyts mooglike belesting fan de kliïnt en de soarchferliener.

Wat binne de betingsten foar it mei sukses tapassen fan PDL?

De troch it Delphi-ûndersyk formulearre betingsten foar it suksesfol tapassen fan PDL, dêr't oerienstimming oer bestiet, binne as folget (haadstik 5): yntegrearre yn de totale soarch fan de kliïnt; de beskikberens en as it nedich is belutsenens fan de neikommende dissiplines: fersoargjende, ergoterapeut, fysioterapeut en ferpleechkundige; yn PDL oplate meiwurkers; stipe troch it ôfdielingsmanagement en it hegere management; omtinken foar it kreëarjen fan sfear op de ôfdieling.

Fan meiwurkers wurde spesifike kompetinsjes frege. Dy lizze benammen op it mêd fan ynlibjen, gearwurking en observaasje: goed kontakt lizze kinne mei yndividuele kliïnten; sfear kreëarje kinne; fleksibel ynspylje kinne op de winsken fan de kliïnt; goed observearje kinne wat in kliïnt wol of net noflik fynt; rjochte op it sintraal

stellen fan de kliïnt: in op de kliïnt rjochte hâlding; multidissiplinêr gearwurkje kinne.

Wat is de relaasje tusken PDL en palliative soarch?

De doelstellingen en wurkwize fan PDL slute oan by palliative (terminale) soarch. Haadstik 6 lit de relaasje sjen tusken PDL en palliative soarch en jout in foarbyld fan it tapassen fan PDL by palliative soarch. Yn terminale palliative soarch sil ek omtinken wêze moatte foar spiritualiteit.

Wat binne de kliïntskaaimerken dy't de kar foar PDL bepale en hokker mjitynstrumint kin dêrfoar brûkt wurde?

Mei help fan enkêtes is ûndersocht hokker kliïntskaaimerken mei bepalend wêze kinne foar it wol of net tapassen fan PDL en hokker bestend mjitynstrumint brûkt wurde kin by dy kar (haadstik 7). De kliïntskaaimerken dy't hjir yn de praktyk fûn wurde, slute oan by de eardere posysjonearring en de analyse fan PDL. Yn it foarste plak blykt de prognoaze oer it better wurden bepalend te wêzen. Dêrnêst docht bliken dat as ien fan de neikommende kliïntskaaimerken him foardocht by in kliïnt dat de kar foar it tapassen fan PDL fersterket: grutte soarchswierte; bêdlegerichheid; stivens, kontraktueren, ferhege spierspanning en ôfwarspanning; net maklike kommunikaasje en ûnbegryp by de kliïnt; swierrichheden mei kôgjen en slokken en tefolle flybkje; desoriïntaasje yn sitewaasje of tiid.

Foar it mjitten fan soarchswierte hat bliken dien dat twa mjitynstruminten geskikt binne om yn de praktyk te brûken as rjochtingjaand foar it wol en it net tapassen fan PDL, te witten in PDL skoarelist, liearre oan in tal fragen fan de ZZP skoarelist en de Care Dependency Scale.

Der kin oansletten wurde by it mjitynstrumint dat yn in ynstelling brûkt wurdt of it bêste past by de ynstelling. Der is sprake fan in yndikaasje foar it tapassen fan PDL by in totaalskoare fan de PDL skoarelist, liearre oan de ZZP skoarelist fan 18 of heger, of de totaalskoare fan de CDS fan 28 of leger. Dat kin brûkt wurde by ferfolchûndersyk nei PDL, lykas effektûndersyk om in ferdieling te meitsjen by wa wol en by wa net PDL ta te passen yn it ramt fan it ûndersyk.

Hoe wurdt it beslút foar it tapassen fan PDL nommen en hoe wurdt it útfieren by in yndividuele kliïnt yn gong set? Kin foar dat proses in rjochtline opsteld wurde?

Foar de beslútfoarming oer it wol of net tapassen fan PDL en de wize fan tapassen by in yndividuele kliïnt is yn dit proefskift in earste oanset foar in rjochtline jûn: 'PDL: Beslútfoarming oer it tapassen en de wyze fan tapassen'. Dêrby wurdt ûnderskied makke yn twa fazen. De earste faze: 'It mjitten fan de soarchswierte en oare kliïntskaaimerken' en de twadde faze: 'Beslútfoarming'.

Konklúzjes

It ûndersyk dat it ûnderwerp is fan dit proefskrift hat him rjochte op it fjild fan de soarch. It hat soarchferliening neffens PDL ûndersocht – in model dat ûntwikkele is troch paramedisi en fersoargjenden yn de deistige praktyk. Tidens it ûndersyk hat hieltyd interaksje plakfûn tusken de praktyk en de teorie. It ûndersyk hat laat ta ynsjoch yn PDL sels en it tapassen dêrfan yn Nederlân en Flaanderen. It ûndersyk jout oan by hokker kliïnten PDL yndisearre is, hoe't dat te mjitten is en jout de oanset foar in rjochtline foar beslútfoarming en tapassing. It ûndersyk jout oan hoe't PDL tapast wurde moatte soe en oan hokker betingsten foldien wurde moat om it goed tapasse te kinnen. Dy eleminten: by wa, hoe en ûnder hokker betingsten tapasse jouwe in grûnslach foar it ûnderboud tapassen fan PDL en ek foar it fierder dwaan fan ûndersyk, lykas effektûndersyk oangeande PDL.

In tal oanbefellingen binne ek jûn oer it omgean mei en tapassen fan PDL.

